

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

252

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Avril 1896, à 1 heure

PAR

Maurice BRÉE

Né à Quetiéville (Calvados), le 24 mars 1866.

ESSAI

SUR LES

HYDATIDES FLOTTANTES

INTRA-CARDIAQUES

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
DEL BET et WURTZ, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Avril 1896, à 1 heure

PAR

Maurice BRÉE

Né à Quetiéville (Calvados), le 24 mars 1866.

ESSAI

SUR LES

HYDATIDES FLOTTANTES

INTRA-CARDIAQUES

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
DEL BET et WURTZ, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTHIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		N.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILIAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	BEAUGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SERILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

*Essais sur les hydatides flottantes
intra-cardiaques.*

INTRODUCTION

Les hydatides ont été constatées dans les tissus les plus variés de l'organisme : dans le tissu musculaire, dans la rate, dans la prostate, les reins, le cerveau et les os, etc. Leur siège de prédilection est le foie.

Les observations du kyste hydatique flottant dans le cœur ne sont pas très nombreuses. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas qui nous a paru suffisamment intéressant pour en faire le point de départ de recherches bibliographiques, et, par la suite, de notre thèse.

Bien que, dans le fait que nous avons observé, le diagnostic n'ait été fait qu'à l'autopsie, nous pensons avec M. Bobowicz que : « les hydatides du cœur considérées tout
« d'abord comme de curieuses trouvailles d'autopsies et
« dont l'existence paraît aujourd'hui démontrée doivent, à
« notre avis, prendre place dans la pathologie humaine. Il
« est donc intéressant d'étudier les faits connus et d'en
« tirer quelques enseignements pratiques. »

Est-il possible, se demande le même auteur, d'établir

une symptomatologie suffisante pour permettre au clinicien de reconnaître l'existence des hydatides flottantes du cœur durant la vie du malade ? C'est là une question difficile, à la quelle on ne saurait répondre d'une manière absolue. Une étude complète du malade et la constatation d'hydatides en d'autres régions, en d'autres organes peut, à notre avis, permettre parfois de poser un diagnostic, sinon de certitude, tout au moins de probabilité.

Avant d'aborder ce sujet nous sommes heureux d'avoir à remercier nos maîtres de l'Ecole de Médecine, des Hôpitaux de Rouen des leçons qu'ils nous ont données, des conseils qu'ils nous ont prodigués et en particulier à MM. Ballay, Chaboux, Lerefait.

Nous prions Messieurs les Professeurs Olivier, Cerné, Brunon, François Hüe, Pannetier, Tinel et Martin d'accepter l'hommage de notre gratitude pour la sollicitude qu'ils nous ont témoigné pendant le cours de nos études médicales.

Que Monsieur le Docteur Verry Delabost directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Rouen reçoive ici nos remerciements pour la bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Monsieur le Professeur Potain nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre reconnaissance.



Historique.

Bien que Hartmann dès 1685 et Pallas dès 1766 aient soupçonné et même reconnu la nature parasitaire des kystes hydatiques, celle-ci n'a véritablement été mise en lumière qu'en 1821 par Bremser de Vienne.

On peut, à la rigueur, retrouver dans les auteurs anciens des articles qui semblent concerner les hydatides ; mais ces études manquent de clarté et l'absence de détails, la difficulté d'interpréter la pensée des auteurs empêche de s'arrêter à ces faits. Nous nous contenterons donc de citer les noms de ces auteurs qui sont : Galien, Rolfinck, Thébésins, Fauton.

Dans les publications du commencement de notre siècle : Dupuytren, Portal, Meckel, David Price, Morgagni relatent des cas isolés d'hydatides du cœur.

C'est en 1846 que Grievinger, à Stuttgart, réunit les premières relations de kystes hydatiques du cœur.

En 1858 Budd, dans le Medical Times, fait paraître, à propos d'un cas observé par lui, une étude importante sur les kystes hydatiques du cœur.

Depuis les observations se sont multipliées. Nous pouvons citer les travaux de Davaine qui en réunit plusieurs cas empruntés à divers auteurs.

En 1872, paraît la thèse de Welling qui réunissant tous les faits publiés jusqu'alors en trouve trente observations.

Depuis, comme le dit M. Bobowicz, les observations particulières se sont multipliées. C'est dans les périodiques français et étrangers qu'il faut rechercher les faits relatifs à la question des hydatides du cœur, notamment dans les bulletins de la Société anatomique de Paris et dans les Recueils de la Société pathologique de Londres.

Mais ces travaux et ces publications concernent en général les kystes hydatiques des parois du cœur, les observations de kystes flottants dans les cavités sont beaucoup moins nombreuses.

Les seuls faits connus sont ceux publiés par Piorry (de la Percussion médiate, 2^e édition, p. 169), Lhonneur (Bulletins de la Société anatomique, 1855), Henderson (Translations of the pathological Society of London, 1860, tome IV, Corneau (Thèse de Bobowicz, 1887).



Définition.

Sous le nom de kystes flottants des cavités cardiaques nous voulons étudier les vésicules hydatiques libres dans les oreillettes et les ventricules. Ces kystes forment là de véritables corps étrangers mobiles qui, tantôt se logent dans un point éloigné des valvules et alors ne gênent guère le fonctionnement de l'organe central de la circulation, tantôt, surtout sous l'influence des mouvements, se déplacent, viennent au voisinage des orifices et mettent de grands obstacles au jeu des valvules et par suite à la circulation du torrent sanguin. Il en résulte de l'angoisse d'origine cardiaque, des palpitations, des contractions tumultueuses du cœur et parfois la mort subite. Elles peuvent aussi arriver dans l'artère pulmonaire (car c'est dans les cavités droites qu'elles se rencontrent) et en obstruer une branche, d'un calibre variable suivant leur volume.



Pathogénie.

Nous n'avons pas l'intention de donner ici un aperçu, même abrégé, des connaissances que nous possédons aujourd'hui sur ces entozoaires, sur leur origine et leur évolution. Nous voulons seulement étudier les intéressantes questions que soulève la pathogénie des hydatides du cœur et principalement des hydatides libres dans les cavités.

Eclos dans l'intestin, comment l'embryon hexacanthé arrive-t-il au cœur? Sur ce point deux doctrines se trouvent en présence.

Certains auteurs admettent que l'embryon migre, en se dirigeant instinctivement à travers les tissus, vers les régions favorables à son développement.

Les autres pensent que le sang serait le véhicule servant à la translation du germe parasite, lequel serait arrêté dans les mailles du réseau circulatoire devenues trop étroites pour le laisser passer.

Quoiqu'il en soit, on doit admettre avec M. R. Blanchard (Traité de pathologie générale, tome II) que l'embryon hexacanthé est obligé de perforer la paroi intestinale pour gagner par l'une ou l'autre voie les organes où il s'enkistera et se transformera en larve, en hydatide.

Pour arriver au cœur par le torrent circulatoire l'embryon hexacanthé est obligé de passer de la veine porte dans les vaisseaux sus-hépatiques, puis dans la veine cave inférieure. Bien qu'on n'ait jamais surpris l'exacanthé dans

ses pérégrinations à travers les tissus, Leuckart a, par contre, trouvé des embryons dans le sang de la veine porte.

Dans son étude remarquable sur les hydatides du cœur, Budd, dès 1858, émettait l'avis que les germes des tumeurs hydatiques devaient être déversées par la veine cave dans les cavités droites du cœur. « Il est donc probable; écrit-il, que, lorsque de nombreux cas de tumeurs hydatides auront été observées, la tumeur sera trouvée, dans la majorité des cas, dans le côté droit du cœur. Les faits ont démontré la justesse de cette assertion de l'auteur anglais ».

Comment les hydatides arrivent-elles dans les cavités du cœur ? Nous venons de montrer que dans certains cas c'est à l'état d'embryons; mais d'autres fois on a trouvé dans le cœur des hydatides qui n'y étaient pas nées. Ainsi dans le cas communiqué par Lhonneur à la Société anatomique en 1855, des hydatides filles, provenant du foie, avaient pénétré dans la veine cave, qui les avait portées dans les cavités droites du cœur. Piorry en a rapporté un cas analogue dans son traité de l'auscultation médiate.

Enfin Leuckart cite un cas dans lequel des vésicules filles, provenant du foie, pénétrèrent dans la veine cave inférieure, parvinrent dans le cœur droit et de là passèrent dans les artères pulmonaires.

Il peut arriver aussi que des hydatides développées primitivement sous l'endocarde, devenues pédiculées par suite de leur développement progressif, voient leur pédicule se rompre, qui les rattachait à la paroi des cavités.

Dans le cas observé par Otto, par exemple, à sept cordons tendineux s'attachant sur le bord libre de la valvule

d'Eustachi, et sur la face postérieure de la veine cave inférieure étaient suspendues 70 à 80 vésicules hydatiques ; on comprend facilement qu'un de ces pédicules puisse se rompre : l'hydatide est alors en liberté dans une cavité du cœur.



Anatomie pathologique

Les observations d'autopsies d'hydatides cardiaques sont nombreuses, et l'anatomie pathologique est, sans contredit, la partie la mieux connue de l'histoire des hydatides du cœur.

Presque toujours, lorsque dans le cœur on trouve une hydatide il y en a d'autres dans le foie ordinairement ou dans un autre viscère.

Sur trente-sept cas, (trente de de Welling, six de Bobowicz, un personnel) cette proposition est vraie quinze fois. En même temps que des kystes cardiaques on a trouvé des kystes neuf fois dans le foie, deux fois dans le poumon, une fois dans la plèvre, le rein, la rate, l'ovaire.

Tous les points de l'organe peuvent d'ailleurs être envahis par les kystes.

Les kystes entièrement libres présentent des caractères un peu variables. Dans l'observation de Henderson la vésicule avait le volume d'une bille de billard. « Elle s'était, selon toute probabilité, développée d'abord dans le sommet du ventricule gauche ; de là, en s'accroissant, elle a gagné la cavité dans laquelle elle devait avoir été presque libre à en juger par sa surface extérieure qui ne présentait pas la moindre adhérence ».

Le cas de M. Corneau constitue, d'après Bobowicz, une variété spéciale. Ces auteurs pensent, en effet, que c'est

à l'état d'exacanthé que les hydatides sont arrivées au cœur. Ces hexacantes « vivant préalablement dans les « mailles des piliers tendineux du cœur n'ont donné lieu à « aucun accident tant qu'ils ont adhéré à la paroi cardiaque. Devenues trop grosses pour loger dans ces « mailles elles sont tombées dans la cavité ventriculaire ».

Les lésions secondaires sont ordinairement, outre l'hypertrophie et la dilatation du cœur, l'apparition d'embolies dans l'artère pulmonaire (Budd), dans les artères iliaques et fémorales (Esterlen), dans l'artère rénale (Boecklur).



Symptômes

Ce chapitre, qui devrait être le plus important de notre travail, sera malheureusement le plus incomplet, car les symptômes présentés par les malades qui ont dans le cœur des hydatides flottantes sont obscurs et la cause des troubles qu'ils ressentent est bien difficile, dans la plupart des cas à préciser.

Nous n'avons donc pas la prétention de présenter ici un tableau symptomatique complet, une étude telle qu'elle permette dans tous les cas de poser le diagnostic de l'affection, celui de la cause. Notre but est plus modeste, il consiste à résumer les symptômes présentés par les sujets observés jusqu'à ce jour.

M. Bobowicz, d'après les renseignements qu'il a trouvés dans l'observation du Dr Corneau, attache une grande importance à la *dyspnée*.

« Après un temps plus ou moins long, dit-il, on voit apparaître un signe auquel, de prime abord, on peut n'attacher qu'une importance minime, mais que ses caractères particuliers rendent, selon nous, quasi patognomonique des hydatides du cœur. Nous voulons parler de la dyspnée qu'il nous convient d'étudier attentivement.

Qu'elle soit accompagnée ou non d'anxiété et de douleur précordiale, la dyspnée due à la présence d'hydatides dans le cœur présente des paroxysmes violents déterminés par les moindres mouvements et produits surtout à l'occa-

sion de changements de position, quand le malade couché veut s'asseoir sur son lit, ou inversement selon les cas. Dans l'observation du D^r Corneau, le malade fait la remarque que c'est le mouvement qui ramène infailliblement les accès de dyspnée, lesquels sont si pénibles qu'il se refuse à descendre à terre sur la chaise de nuit. Il est hors d'état de remonter seul dans son lit ; à peine recouché, il est pris d'angoisses indicibles qui cessent pour peu qu'il se condamne à une immobilité absolue. »

Au sujet de ce malade, le D^r Mercier écrit : « En arrivant dans la chambre du malade, à l'hôpital, ce qui m'a le plus frappé, c'est l'angoisse qu'exprimait son facies, la petitesse de son pouls et surtout l'accès si violent de suffocation qu'il a éprouvé lorsque j'ai essayé de le faire pencher en avant pour l'ausculter en arrière.

Cette suffocation a été telle, la face, les lèvres sont devenues tellement violacées, que j'ai craint qu'il ne succombât séance tenante et que j'ai été obligé de renoncer à l'ausculter. »

Mais dans les autres observations retrouverons-nous ces mêmes symptômes à un semblable degré ?

Voici ce que nous lisons dans l'observation de Budd : « A son entrée à l'hôpital, le 23 décembre 1857, la malade se plaignait de toux, de dyspnée et ses pieds étaient légèrement œdémateux. Pendant qu'elle était couchée, elle ne ressentait aucune douleur, aucun symptôme appréciable ; mais le moindre mouvement causait une dyspnée considérable.

Dans notre observation, il se produisit également des accès de suffocation à l'occasion des mouvements. C'est

même dans un de ces accès de suffocation que le malade succomba brusquement. Comme nous l'avons dit dans la relation de ce fait observé à l'hôpital Broca, la malade, au moment où nous l'avons observée se plaignait d'avoir depuis longtemps des accès de palpitations de cœur, avec gêne considérable de la respiration, au moment où elle passait de la position assise de la position couchée ou inversement.

De même Evans dit de sa malade qu'elle souffrait de suffocations qui étaient considérablement aggravées par le moindre mouvement.

Sarah Sheppard voyait le moindre mouvement causer une dyspnée considérable.

Les signes fournis par l'examen du cœur sont le plus souvent négatifs, en dehors de ces accès de dyspnée, ce qui s'explique par l'absence de lésions de l'endocarde et des valvules.

Mais pendant ces accès le tableau change complètement. Les battements du cœur qui naguère étaient parfaitement réguliers deviennent tout-à-coup troublés, confus, tumultueux au point d'échapper à toute analyses, et cela pendant les paroxysmes de dyspnée.

Ce changement subit dans l'allure des battements cardiaques mérite d'attirer l'attention du médecin puisqu'il doit indiquer nécessairement l'existence d'une cause n'agissant que par intermittence, pour occasionner les troubles observés.

Le pouls ne fournit aucun signe caractéristique des hydatides du cœur. Il est généralement petit, régulier ou irrégulier.

Si maintenant, dit le Dr Bobowicz, nous cherchons à nous rendre compte comment peuvent se produire ces particularités, M. le Dr Corneau nous fournit une explication simple et parfaitement acceptable.

Dans les mouvements qu'exécute le malade en pareil cas, soit qu'étant couché il veuille s'asseoir, qu'étant assis il veuille prendre une position couchée, les hydatides peuvent se déplacer comme un bouchon flottant dans une bouteille et viennent s'engager dans les valvules où elles gênent puissamment le courant sanguin, gêne qui se traduit par les accès intermittents de dyspnée dont la violence nous est connue.

Pour que les choses se passent ainsi il faut de toute nécessité que les vésicules hydatiques soient flottantes ou tout au moins pédiculées et assez libres pour pouvoir se déplacer facilement dans les cavités du cœur.

Mais peut-on aller, avec l'auteur précédent jusqu'à formuler les conclusions suivantes :

« Les paroxysmes violents de dyspnée produits à l'occasion des moindres mouvements et surtout des changements de position du malade ; les changements brusques dans le rythme des battements du cœur qui, calmes et réguliers d'ordinaire, deviennent subitement confus et tumultueux dans les mêmes circonstances, peuvent être considérés comme signes pathognomoniques des hydatides du cœur, mais seulement des hydatides flottantes ou de celles dont la disposition permet quelques mouvements. »

C'est là une question à laquelle nous ne saurions répondre. Les observations de kystes hydatiques flottants dans les cavités du cœur sont encore trop peu nombreuses

pour que nous puissions avoir sur ce point une opinion fermement établie.

Complications

Outre les accidents décrits dans le chapitre précédent les kystes hydatiques flottants du cœur peuvent encore en déterminer un autre, c'est l'obstruction de l'artère pulmonaire. Chassées par le courant sanguin elles sont lancées dans cette artère et vont alors obstruer une branche dont le calibre est proportionné au volume de l'hydatide.

Dans l'observation de Budd des vésicules sorties d'un kyste de la pointe du cœur (ventricule droit) furent retrouvées en différents points de l'artère pulmonaire et de ses branches, où elles avaient séjourné quelque temps, donnant lieu à des hémoptysies répétées.

Pronostic et traitement

Le pronostic est extrêmement grave, puisque dans tous les cas la mort est survenue plus ou moins rapidement

par l'arrêt du cœur ou par l'obstruction d'un tronc artériel important.

Quant au traitement, il est nul ou à peu près, et ne peut être que symptomatique.

Pendant les accès de suffocation on pourra avoir recours aux inhalations de nitrite d'amyle (Bobowicz), de nitrate de potasse, de belladone et peut-être à la morphine.

Contre l'asphyxie l'oxygène est indiqué.

Enfin il faudra conseiller le repos absolu.

Diagnostic

1° Avec l'angine de poitrine. Nous résumons sur ce point l'opinion de M. Bobowicz :

Dans les hydatides flottantes, la douleur manque ou est moindre que dans l'angine, c'est la dyspnée qui est le symptôme dominant, pendant l'accès les bruits du cœur sont normaux ou présentent des altérations minimales ; la mort survient rapidement.

Dans l'angine de poitrine, au contraire, la douleur est épouvantable, le visage est pâle pendant l'accès, les battements valvulaires sont claqués ce qui indique une dilatation de l'aorte.

2° Avec les tumeurs du cœur. Celles-ci auront surtout pour elles un signe important, c'est qu'elles peuvent être reconnues par l'exploration et surtout par la percussion.

Mais le signe le plus important peut être pour faire le diagnostic rarement possible d'ailleurs d'hydatides du cœur sera, outre les accidents propres à ces kystes mobiles dans les cavités cardiaques, l'existence, en un autre point du corps de kystes hydatiques faciles à reconnaître, dans le foie, par exemple.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

De M. le Docteur Corneau, médecin à Authon (Eure-et-Loir) Kyste hydatique multi-loculaire du foie. — Hydatides flottantes du cœur.

Le 2 octobre 1896 nous sommes appelé à Beaumont-les-Autels, près du nommé Amédée Tellier, ouvrier batteur de récoltes, âgé de 39 ans, souffrant depuis quatre jours d'une toux violente, alité de la veille seulement.

Ancien soldat de la marine, de taille moyenne, mais fortement musclé. Tellier n'a d'autre antécédent pathologique que les fièvres intermittentes contractées au Sénégal et guéries après cinq mois de traitement ; prisonnier durant sept mois en Allemagne, il prétend y avoir été très mal nourri, mais sa santé n'en aurait subi aucun contre-coup, pas plus que des fatigues de la guerre.

Depuis deux ans seulement il souffrait un peu d'essoufflement, qu'il attribuait à l'inhalation de la poussière des céréales brassées par sa machine : malgré sa force il avait été mis dans l'obligation de renoncer peu-à-peu à monter les sacs dans les greniers : il affirme qu'alors même qu'il était le plus gêné par cet essoufflement, il n'avait point de battements de cœur ; jamais il n'a eu d'œdème des jambes.

Il avoue des excès alcooliques nombreux.

Au moment de notre examen, le malade se plaint d'un point de côté à droite, d'une toux incessante avec expectoration très abondante de crachats sanguinolents, écumeux, dyspnée intense. La fièvre est vive, avec son cortège habituel de céphalalgie, soif ardente, avec norexie absolue.

Légère submatité à la base du poumon droit, pas de souffle. Râles sous crépitants nombreux à cette base, râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue des deux poumons. Vésicatoire à droite, potion calmante et expectorante.

La journée du lendemain se passe sans modification notable : Durant la nuit, accès de suffocation si violents que l'entourage estime que Tellier va succomber, on me rappelle en toute hâte.

Je trouve en arrivant, l'état du malade un peu amélioré ; la dyspnée a diminué, le point de côté a disparu, mais les phénomènes d'auscultation sont restés les mêmes.

En raison de son isolement sans garde et sans famille dans une auberge où les soins sont très irrégulièrement donnés je décide le malade à se faire transporter à l'hospice d'Anthon. Il y arrive le mardi 4 octobre après un voyage de deux heures dans une carriole, au pas, par une température relativement basse. Tellier a vraisemblablement contracté un refroidissement qui a exaspéré les phénomènes pulmonaires, car à la visite du soir nous le trouvons en proie à une dyspnée extrême, assis sur son lit, la face violacée, la parole entrecoupée, épuisé par une toux incessante.

En avant et en arrière, dans toute leur étendue, les poumons sont remplis de râles muqueux.

Je prescris un ipéca, le soulagement est immédiat. Malgré l'insomnie la nuit est passable ; au matin l'amélioration est sensible. J'ai prescrit un deuxième vésicatoire, la continuation des

potions expectorantes et , de jour en jour les phénomènes s'amendent.

Le 13, c'est-à-dire huit jours après son entrée le malade demande à manger et même à se lever ; la fièvre a disparu, l'expectoration sanglante a cessé, la toux dure encore, mais bien diminuée.

Le poumon gauche, les trois quarts supérieurs du poumon droit ne présentent aucun phénomène auscultatif ; seuls la submatité et de nombreux râles sous-crépitants subsistent encore à la base du poumon droit.

Après notre départ, le malade se lève en chantonnant, lit les journaux auprès du feu et commet l'imprudence d'ouvrir la fenêtre pour causer avec les promeneurs du jardin. Il se recouche grelottant, en proie à des frissons qui durent plus de deux heures ; la dyspnée reparait à un degré extrême.

Au matin, le malade est mieux ; la fièvre est nulle, la journée bonne. Outrepassant mes ordres le gardien lui donne au souper des aliments à satiété lesquels provoquent une indigestion suivie d'une diarrhée promptement arrêtée.

Le 15. — Dyspnée nocturne très vive, cessant le matin ; journée bonne, le malade est un peu fatigué, témoigne de l'appétit ; mais rendu prudent par l'indigestion de la veille il se contente de bouillon et de potages.

Le 16. — Journée bonne, nuit mauvaise, la dyspnée reparait pour cesser au matin.

Le 17. — Journée bonne, nuit détestable, la dyspnée, jusqu'au jour levant a pris les proportions les plus inquiétantes.

Durant ces trois jours les phénomènes auscultatifs sont restés les mêmes, sans aggravation appréciable ; toujours la submatité et des râles muqueux à la base du poumon droit.

Le malade fait la remarque que c'est le mouvement qui ramène infailliblement les accès de dyspnée. Durant le jour il est

servi par le gardien et les autres malades ; il n'a pas de déplacements sensibles, par suite, peu ou point d'étouffements ; la nuit il est obligé de se servir lui-même, c'est alors que la dyspnée devient extrême. Elle est si pénible pour le malade qu'il se refuse dorénavant à descendre à terre sur la chaise de nuit. Il constate avec surprise et non sans terreur que bien que ses forces et son embonpoint n'aient diminué en rien, il est hors d'état de remonter seul dans son lit ; qu'à peine recouché il est pris d'angoisses indicibles qui cessent quelque temps après pour peu qu'il se condamne à une immobilité absolue.

Le 18. -- Les phénomènes se reproduisent de la même façon que précédemment ; le malade se plaint d'une douleur dans la région hépatique.

Le foie est volumineux, il déborde de trois travers de doigt les fausses côtes, s'étend vers l'hypochondre gauche, mais ne présente ni tumeur ni bosselure. La sensibilité est vive, nous l'attribuons à un peu de périhépatite provoquée par le développement anormal de l'organe ; un vésicatoire sur la région en amène assez rapidement la disparition.

A ce moment, l'allure bizarre de l'affection de ce malade m'engage à solliciter le concours de la longue expérience de mon honorable confrère, M. le Dr Mercier, de la Bazoche.

Le résultat de son examen est qu'il faut chercher dans une lésion cardiaque l'origine de ces accidents ; mais quelle est cette lésion ?

Nous constatons une hypertrophie assez prononcée du cœur et un œdème très léger des deux pieds, mais sans altération aucune des fonctions valvulaires. Les bruits sont nets et bien frappés, le rythme des battements est d'une régularité absolue.

Nous admettons, sous réserve, l'existence d'un trouble dans la nutrition du myocarde, une altération probable des artères

coronaires. Mon confrère me quitte en m'engageant à étudier soigneusement les fonctions cardiaques, surtout au moment des crises. Pratiqué à maintes reprises, cet examen me démontre que, dans le moment précité, les battements du cœur sont sourds, confus tumultueux, le pouls petit, rapide, filiforme, irrégulier avec de fausses intermittences.

Groupant cet ensemble de faits : 1° régularité parfaite des battements durant le repos ; 2° changement subit dans l'allure de ces battements qui deviennent tellement anormaux et confus qu'on ne peut plus les analyser, je suis conduit à admettre l'existence d'une concrétion polypiforme du ventricule laquelle vient par intermittence s'engager dans la valvule et, gênant le dégorgeement des veines pulmonaires, provoque la congestion des poumons, la dyspnée, l'angoisse du malade.

Cette doctrine est admise par M. le D^r Mercier lors d'une seconde entrevue.

Le 21. — Durant la nuit je suis rappelé près du malade qui me paraît près de succomber à l'orthopnée : l'auscultation hâtivement pratiquée du poumon me fait reconnaître une congestion généralisée de l'appareil respiratoire. Une large saignée pratiquée aussitôt produit un soulagement immédiat.

A la visite du soir je trouve le malade radieux disant qu'il n'est plus malade, que la saignée l'a sauvé ; la nuit est relativement bonne ; le lendemain la faiblesse est grande et les accès de suffocation reparaissent de plus en plus fréquents. Pour tout dire, la dyspnée devient permanente avec des paroxysmes provoqués par les mouvements les plus réduits tels que celui d'allonger le bras pour prendre une tasse de tisane sur la table de nuit.

Le malade se cachectise rapidement ; l'amaigrissement fait des progrès énormes, l'œdème des pieds, si peu appréciable quelques jours auparavant devient considérable et atteint les

cuisse elles mêmes ; il est plus prononcé à droite qu'à gauche.

Une diarrhée colliquative vient encore affaiblir le malade qui, par moments va à la garde-robe dans son lit sans en avoir conscience.

Une large eschare se développe au sacrum.

La toux qui avait presque disparu se rallume ; mais à l'expectoration sanglante du début succèdent des crachats puriformes, très opaques, striés de sang. A l'auscultation du poumon gauche, nous constatons avec surprise, vers son tiers supérieur un souffle caverneux très net, avec du gargouillement sur un espace de cinq centimètres carrés environ.

La voix, devenue rauque s'éteint tout à fait.

5 Novembre. — Le malade est pris d'un délire violent qui dure trois jours.

L'apyrexie est complète.

Le 8. — La connaissance est revenue ; le malade prétend ne souffrir de rien. Le pouls est faible, mais très régulier, les bruits cardiaques sont normaux.

Le foie, toujours gros, sans tumeurs ni bosselures appréciables, est absolument indolent.

Le 9. — Durant la nuit, le malade meurt dans une syncope.

L'autopsie pratiquée en collaboration avec le Dr Mercier, nous révèle les faits suivants :

Les poumons sont sains dans la plus grande partie de leur étendue ; la base du poumon droit est notablement congestionné. Vers le tiers supérieur et postérieur du poumon gauche, nous trouvons une caverne de la dimension d'une noix, dont les parois sont indurées. Aucune trace de tubercule dans les poumons.

Le cœur est volumineux, notablement hypertrophié. Les oreillettes ne présentent rien de particulier, en ouvrant le ventricule gauche nous voyons jaillir, avec surprise, deux

hydatides grosses comme un œuf de pigeon. Leur surface est lisse et ne présente aucune trace de filaments ou d'adhérence quelconque.

Vers le tiers moyen du ventricule nous trouvons un polype volumineux en forme de champignon, long de cinq centimètres environ, épais de deux. Sa couleur est d'un blanc nacré, d'aspect fibrineux, très peu friable. Sa base s'épanouit en longs filaments semblables à la racine d'une plante. Elle adhère fortement aux parois cardiaques par une intrication et un enchevêtrement intime dans les colonnes et tendons saillants du cœur.

Au fond de la cavité ventriculaire existe un second polype, de même forme que le précédent et aussi adhérent. L'une et l'autre de ces deux concrétions sont trop courtes pour atteindre jusqu'aux valvules.

Le foie est volumineux, mais son augmentation porte sur le lobe droit qui paraît énorme.

L'incision en fait jaillir un flot d'hydatides de volume variable, depuis un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule. Nous trouvons quatre poches, assez large pour laisser entrer la main sans déchirure ; chacune renferme plusieurs centaines d'hydatides, et une quantité notable de substance gélatineuse.

La rate et les reins sont sains. L'examen du cerveau n'a pas été pratiqué.

Conclusions. — La saillie énorme du lobe droit du foie, dans la cavité thoracique explique l'essoufflement du malade dans son état de santé habituel.

Les hydatides flottantes du cœur donnent la clef de ces accès intermittents de dyspnée que nous avons attribués à un polype.

Quand le malade était au repos absolu, les hydatides tombaient vraisemblablement au fond du ventricule ; mais dans les mouvements, elles se déplaçaient comme un bouchon flottant

dans une bouteille et, venant s'engager dans les valvules, elles gênaient puissamment le courant sanguin, déterminant parfois l'anémie cérébrale, d'où le délire (hors l'état de fièvre) constaté à plusieurs reprises.

On peut admettre, pour expliquer leur développement dans la cavité ventriculaire, que ces hydatides y sont parvenues à l'état d'hexacanthès, lesquels vivant préalablement dans les mailles des piliers tendineux du cœur, n'y ont donné lieu à aucun accident, tandis qu'ils ont adhéré à la paroi cardiaque. Devenues trop grosses pour loger dans ces mailles, elles sont tombées dans la cavité ventriculaire.

OBSERVATION II

(Budd. Medical Times, n° 420, p. 54, 1858)

Hydatides dans le sommet du ventricule droit du cœur, et hydatides libres dans les branches de l'artère pulmonaire

Sarah Shepp..., âgée de 23 ans, ayant eu, à deux ans d'intervalle, deux attaques de pleurésie. La première, remontant à quatre ans, avait laissé de la toux, de la dyspnée, des palpitations.

Après la seconde pleurésie, la toux est accompagnée d'une expectoration muqueuse souvent striée de sang.

A son entrée dans l'hôpital, le 23 décembre 1857, la malade se plaignait de toux, de dyspnée, et ses pieds étaient légèrement œdémateux. Pendant qu'elle était couchée, elle ne ressentait aucune douleur, aucun symptôme appréciable, mais le moindre mouvement causait une dyspnée considérable. L'impulsion du

cœur était faible et le pouls petit. A l'auscultation, on entendait un bruit de râpe systolique à la base du cœur, se propageant un peu à droite. Ce bruit cessa d'être perçu le 8 décembre, pour ne plus être constaté qu'au moment de la mort.

9 et 27 janvier 1858. — Hémoptysies considérables.

12 avril. — Douleurs lancinantes dans le côté gauche de la poitrine. A partir de ce moment, elle se plaignit fréquemment d'une douleur intense à la région précordiale, où la percussion faisait constater une matité extraordinairement étendue, mais on n'y entendait pas de bruit anormal. L'impulsion du cœur était assez forte, et son action, en général, régulière. L'œdème des jambes augmenta, et la malade expira le 4 mai.

A l'autopsie, on trouva dans le ventricule droit, un kyste hydatique de la grosseur d'une orange. Le poumon gauche et l'artère pulmonaire contenaient également des vésicules hydatiques.

OBSERVATION III (Inédite)

Elisa C..., âgée de 27 ans, couturière, s'était toujours bien portée jusqu'au mois de mai 1893. A cette époque elle avait quitté Paris pour se rendre à la campagne chez ses parents, depuis quelques semaines elle éprouvait des douleurs vagues dans le flanc droit et l'épaule droite, ainsi que des palpitations de cœur. Elle avait été atteinte en même temps d'un ictère léger. Cette jaunisse s'était accompagnée de troubles digestifs assez intenses pour lesquels elle était entrée à l'Hôpital de la Charité. Elle y resta quinze jours environ et en sortit améliorée ; mais non guérie. Pendant son séjour à la campagne une grande amélioration se produisit dans son état ; l'inappétence et les

nausées, la coloration jaune de la peau disparurent complètement. Au bout de quinze jours elle revint à Paris pour reprendre son travail. Elle était améliorée ; mais non guérie.

Pendant un an elle put cependant travailler encore. Vers le mois de juin 1892 elle eut une érosion sur la grande lèvre gauche, à la suite d'un coït avec un individu qu'elle ne connaissait pas. Deux mois après elle avait sur la peau de nombreuses taches rouges.

Au mois de juin 1893 elle entre à l'hôpital Broca, dans le service de M. Renault, pour une éruption cutanée-muqueuse de syphilides secondaires.

Le 10 juin, lors de son entrée, voici ce que nous apprend l'examen de cette malade.

La surface cutanée présente de nombreuses taches rouges, de coloration cuivrée, légèrement papuleuses. Les unes ont une surface parfaitement lisse ; d'autres sont entourées d'une couronne épidermique formant une véritable collerette. Quelques unes forment des segments de cercle, ou bien ont une disposition circinée. Il en est qui sont d'apparition récente et ont une couleur rouge ; d'autres au contraire sont en voie de disparition et ont un aspect pigmentaire.

Sur le cou, syphilide pigmentaire très nette.

La vulve est saine, ainsi que le vagin et l'utérus.

La muqueuse buccale présente quelques syphilides papule érosives principalement sur les parties latérales de la face dorsale de la langue et sur la partie antérieure de la face interne des amygdales.

Dans les plis de l'aîne et de la nuque il y a de nombreux ganglions. Le ganglion sus épitrochlén est nettement perceptible à droite et à gauche.

Traitement. — Deux pilules de proloiodure, gargarisme au chlorate de potasse.

12 Juin. — Deux jours après elle est prise d'un ictère subit. Les matières fécales sont colorées ; il n'y a donc pas rétention complète de la bile. La langue est saburrale, l'appétit nul, la malade est dans un état de nausée presque continu.

En même temps elle éprouve des palpitations de cœur assez intenses ; elle en avait depuis fort longtemps ; mais peu douloureuses, et seulement le soir, au moment où elle se couchait, et le matin lorsqu'elle descendait de son lit, c'est-à-dire lorsqu'elle passait de la station debout à la position horizontale et vice versa. Elle nous fait observer, et cela sans que nous lui posions à ce sujet aucune question, que les battements de cœur surviennent, encore maintenant, presque exclusivement lorsqu'elle s'assied sur son lit, ou lorsque, de la position assise elle passe au décubitus dorsal. Ces palpitations s'accompagnent d'angoisse précordiale et de gêne considérable de la respiration. La dyspnée est telle que la malade semble dans un état voisin de l'asphyxie. Les lèvres sont cyanosées, les yeux rouges et saillants, la face violacée.

L'auscultation du cœur, pendant ses accès, montre que les battements sont tumultueux, violents, précipités et un peu irréguliers ; mais nous ne trouvons aucun bruit de souffle.

L'abdomen est un peu volumineux, et dans le flanc droit nous trouvons une voussure légère, sensible à la vue ; mais surtout nette à la palpation. Elle est arrondie dans sa partie inférieure, et, en haut, semble se continuer avec le foie. Mate à la percussion elle est résistante, mais on ne peut trouver de frémissements hydatique. La malade déclare s'être aperçue il y a quelques mois seulement du développement de cette tumeur.

La miction est normale, non douloureuse, les urines ne contiennent pas d'albumine, elles ne présentent rien de particulier comme quantité ni comme coloration.

Les fonctions digestives sont troublées, la malade a perdu

l'appétit depuis plusieurs mois, elle a surtout un dégoût profond pour les matières grasses. Fréquemment elle se plaint de nausées ; mais depuis son entrée elle n'a pas eu de vomissements.

Elle n'est pas constipée et n'a pas de diarrhée, les matières fécales ne sont pas décolorées.

Nous ne trouvons chez elle aucun signe de nervosisme ou d'hystérie.

Elle n'a jamais eu d'autre éruption cutanée que celle de ses syphilides, en particulier elle n'a pas eu d'urticaire.

Huit jours après son entrée, la malade meurt subitement dans un de ces accès d'asystolie.

A l'autopsie on trouve :

Dans le foie un kyste hydatique du volume d'une petite tête de fœtus, développé au voisinage de la face inférieure du foie. Le liquide est clair, la membrane interne présente de nombreuses saillies verruqueuses.

Le cœur un peu plus volumineux que la normale, surtout du côté droit, nous présente un myocarde de coloration à peu près normale.

Dans les cavités gauches, rien d'anormal ; mais dans le ventricule droit, nous trouvons, entourée et presque cachée par un caillot fibrineux, une petite hydatide, du volume d'une noisette. Elle est enchevêtrée dans les piliers de la valve postérieure de la valvule tricuspide dont elle devait empêcher le fonctionnement.

Sa couleur est blanche.

Son contenu, clair, nous a montré de nombreuses têtes garnies de crochets et des crochets isolés.

Au voisinage du sommet de ce ventricule nous voyons que l'endocarde soulevé forme une petite saillie conique. Nous pensons que c'est en ce point que le kyste s'est d'abord développé, qu'il s'est ensuite pédiculé. Sous l'influence des mouvements

incessants du cœur et de son contenu le pédicule se sera rompu et le kyste aura été mis en liberté.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION IV

(Observation de Henderson, relatée par le Dr Wilks, in *Translations of the pathological Society of London*, 1860)

Hydatide flottante dans le cœur

Cette pièce a été envoyée par M. Henderson de Deptford pour être montrée à la Société. M. Henderson avait été appelé par le coroner pour faire un examen *post mortem* de la jeune fille chez laquelle cette hydatide a été trouvée. Elle était âgée de 19 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, n'ayant jamais eu aucune dyspnée, aucune palpitation, ni aucun symptôme attribuable à un trouble cardiaque.

La nuit de sa mort elle avait, de bon appétit, pris part à un souper ; quelques instants après elle expirait subitement. Aucune lésion ne fut constatée en aucune région du corps, sauf dans le cœur. En ouvrant le ventricule gauche un kyste libre fut trouvé, qui avait à peu près le volume d'une bille de billard. Il contenait un liquide clair et était composé d'un sac extérieur épais et, en dedans de celui-ci, une membrane molle, transparente, comme dans une hydatide ordinaire. La surface de cette deuxième membrane fut examinée au microscope et on y trouva des échinocoques. A la pointe du cœur il y avait une plaque dure opaque, cartilagineuse, de la dimension d'une demi-couronne. En ce point, le tissu musculaire faisait entièrement défaut.

Sur la face interne cette plaque était concave et sa surface s'adaptait à celle du kyste hydatique.

Il était donc évident que celui-ci avait été longtemps situé en ce point.

La surface des séreuses péricardiques n'étaient point adhérentes.

Cette hydatide avait, selon toute probabilité, pris développement dans la pointe du ventricule gauche et, pendant son développement avait fait progressivement saillie dans la cavité du ventricule. Il avait alors pendant longtemps été presque libre à en juger d'après sa surface qui ne présentait aucune trace d'un ancien moyen d'attache. Il avait pourtant très probablement été faiblement adhérent puisqu'il n'avait antérieurement produit aucun trouble.

Sa mise en liberté très certainement a déterminé une obstruction telle des orifices du ventricule qu'une conséquence fatale s'en est immédiatement suivie.

Il y avait aussi une petite hydatide du même volume à peu près dans le foie.



CONCLUSIONS

1° Des kystes hydatiques peuvent se trouver flottants dans les cavités du cœur, soit qu'ils y aient pris développement, soit qu'ils y aient été apportés par la rupture dans une veine d'un kyste hydatique, du foie par exemple.

2° Ils déterminent des accès de dyspnée et d'asphyxie en gênant le fonctionnement des valvules. Ces accès peuvent se terminer par la mort. Ils sont surtout causés par les changements de position.

3° Ces kystes peuvent se déplacer, être lancés dans une artère, l'artère pulmonaire ordinairement et produire des symptômes d'embolie.

4° Cette affection est rare.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu : Le Président de la Thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Blanchard. — Parasites animaux (Traité de pathologie générale de Bouchard, Tome II).

Bobowiez. — Thèse de Paris 1887 : Des hydatides du cœur chez l'homme.

Budd. — Medical Times ; an hydatid tumour n° 420, p. 54, 1858.

De Welling. — Thèse de Paris 1872. Les kystes hydatiques du cœur.

Halm et Lefebvre. — Article *Etchinocoques* in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Henderson. — Translation of the pathological Society of London 1860, t. IV.

Lhonneur. — Bulletin de la Société anatomique 1855, 7 juillet (kyste hydatique ouvert dans la veine cave inférieure).

Potain et Rendu. — Article *cœur* in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

